

LA ANESTESIA EN LA REGION DEL ALTIPLANO. INFLUENCIA DEL COCAISMO

TRABAJO REALIZADO EN EL HOSPITAL REGIONAL CENTRO DE SALUD "MANUEL NUÑES BUTRON" DE PUNO, DE NOVIEMBRE DE 1965 A SETIEMBRE DE 1966; EN UN TOTAL DE 224 OPERADOS.

Dr. Eduardo León.

INTRODUCCION

El departamento de Puno, está situado al S.E del país, en la región de la sierra o región andina del Perú. Su área total es de 72,384.44 km². incluyendo la parte peruana del lago Titicaca, que es de 4,996.28 km². El clima varía desde las nieves perpetuas de los altos Andes, hasta el clima tropical de la parte de sus provincias bajas de Sandía y Carabaya; pero la mayor parte de su territorio tiene clima frío y seco, condicionado por su altitud.

Influye grandemente en el clima el lago Titicaca a 3,812 metros sobre el nivel del mar, que le da a Puno un micro-clima característico, pues la sequedad debería ser mayor. Es por la altura y la sequedad del clima, que las radiaciones muy penetrantes de origen solar y cósmicas tienen mayor acción, por la menor densidad de la atmósfera. Por estos motivos la gran ionización del aire hace que este se vuelva mal conductor, y se ha observado que a medio metro de un balón de oxígeno abierto alguien que esté cerca con vestimenta de nylon, produce una pequeña explosión.

Hay que tomar también en cuenta que la baja en la tensión de oxígeno es en un 40% en relación con la costa. No se han podido hacer mediciones de la canti-

dad de carga eléctrica, por la imposibilidad de contar con un electroscopio, pero el ejemplo anteriormente mencionado y un hecho que a diario, sucede, que al abrir la puerta de un automóvil después de haber caminado un poco recibamos una pequeña descarga eléctrica, son altamente demostrativos. Esta facilidad en la producción de corriente estática incrementa el riesgo de trabajar en altura con gases inflamables.

El trabajo ha sido realizado con un total de 224 pacientes operados con anestesia general.

Pacientes operados en el HRCSMNBP. Por sexo.

1965-1966

SEXO	Casos	
	Nº	%
Hombres	138	61.6
Mujeres	86	38.4
TOTAL	224	100

Dentro de este grupo, se ha trabajado en las diferentes especialidades en la forma que sigue:

ESPECIFICACION QUIRURGICA DE LOS ANESTESIADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL CENTRO DE SALUD "MANUEL NUÑEZ BUTRON" DE PUNO 1965-1966.

CAUSAS	CASOS	
	Nº	%
Traumatología	82	36.7
Abdomen	60	26.8
Obstetricia y Ginecología	29	12.9
Tórax	2	0.9
Urología	6	2.7
Extremidades	9	4.0
Cuello	3	1.3
Otorrinolaringología	12	5.4
Oftalmología	9	4.0
Cráneo	3	1.3
Pelvis	5	2.2
Cirugía Plástica	2	0.9
Cabeza	2	0.9
T O T A L	224	100.00

NOTA: Noviembre de 1965 a Agosto de 1966.

Material y Método.— El grupo de pacientes operados incluye las razas blanca, mestiza e india. En un total de 224 operados con anestesia general, hemos tenido 57 pacientes coqueros cuyas características, tanto en la inducción como en el mantenimiento y recuperación, tienen especial interés. Dentro de este grupo, el de menor edad tenía 11 años con dos años de estar chacchando y el mayor era de 85 años. El mayor número

de operados fue entre 30 y 39 años, que corresponde a una cuarta parte de las intervenciones; y por sexo, un 73.69% fueron hombres, correspondiéndole a las mujeres un 26.31%.

Para tener una idea de la incidencia del hábito de chacchar, en un estudio realizado en la cárcel sobre una población de 46 reclusos, encontramos las siguientes cifras:

PRACTICA DEL HABITO DEL COQUEO EN 46 RECLUSOS DE LA CARCEL DE PUNO, PORSEXO, 1966.

HABITO DEL COQUEO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si Chaccha	33	78.6	4	100	37	80.4
No Chaccha	9	21.4	—	—	9.0	19.6
TOTAL	42	100.00	4	100	46	100

Y en el cuadro siguiente se expone la manera como lo hacen; la cal, tocca o llipta, tiene un especial interés, ya que

las sustancias alcalinas potencian el efecto neuroestimulante central de la cocaína.

MANERA DE PRACTICAR EL HABITO DEL COQUEO DE 37 RECLUSOS DE LA CARCEL DE PUNO, POR SEXO — 1966.

MANERA DE CHACCHAR	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sóla	5	15.2	2	50.0	7	18.9
Con cal llipta	28	84.8	2	50.0	30	81.1
TOTAL	33	100.0	4	100.0	37	100.0

El mecanismo de la potenciación consiste en la inhibición de la oxidasa que destruye la adrenalina, e impide la inactivación de la simpatina, estimulando el simpático.

Análisis hechos en la coca que consume la población andina, revelan que el contenido total de alcaloide varía de 0,6 a 0,7 gramos por ciento. Los cocainómanos ingieren por término medio 180 miligramos de alcaloide por cada 30 gramos de coca masticada, lo que corresponde aproximadamente a seis miligramos por gramo de peso.

Los efectos que produce en estos sujetos el hábito son: hipertensión, taquicardia, piloerección, exoftalmos, midriasis, e inhibición intestinal. En el corazón, la cocaína a fuertes dosis produce extrasístoles y fibrilación; sube la presión arterial; a pequeñas dosis estimula la respiración, debilita la transmisión neuromuscular y la contracción. Sobre el músculo liso es estimulante y depresor a mayores dosis. En la sangre produce hiperglicemia; aumenta el metabolismo. Su eliminación se hace principalmente por el riñón en un 12%, una parte se oxida en el hígado; los tejidos la descomponen por acción enzimática, habiéndose logrado medir cantidades en cerebro e hígado. Los alcalinos intensifican su eliminación por vía urinaria. Estos son en síntesis, los principales efectos producidos por la coca, para poder explicar los efectos observados sobre este grupo de pacientes operados.

Para la inducción se empleó tiopental sódico, como mínima cantidad en todos ellos 500 miligramos. Se observó que esto era insuficiente: en algunos casos se re-

quirió hasta un gramo, observando que la duración del efecto era fugaz y el paciente despertaba a los pocos momentos si no se proseguía con algún gas. Es por este motivo que en nuestros pacientes empleamos 500 miligramos de tiopental sódico, seguidos de un relajante, Cloruro de succinilcolina, 50 miligramos, y ya en este momento comenzábamos la administración de un anestésico volátil, que en la mayoría de los casos fue el éter. En cuanto a la inducción de la anestesia con anestésicos volátiles, es bastante rápida, igual que su recuperación, ya que en la mayoría de los casos los pacientes salieron despiertos de la sala de operaciones, no obstante que en algunos de ellos la cantidad de éter utilizado fue bastante grande; pero suspendiendo el anestésico unos veinte minutos antes y oxigenando bien al paciente en este lapso, todos ellos salían prácticamente despiertos.

Es necesario anotar, que la mayor cantidad de barbitúrico empleada en la inducción de la anestesia en estos pacientes, nos produjo episodios de apnea con bastante frecuencia, lo que nos obligaba a asistir a estos pacientes con O₂ mediante mascarilla.

Conclusiones:

- 1.—Pacientes habituados a la coca requieren mayor cantidad de anestésico para la inducción.
- 2.—En el mantenimiento de la anestesia se necesita mayor cantidad de anestesia igualmente.
- 3.—La recuperación de la anestesia es más rápida, por el gran poder de recuperación que tienen estos pacientes hacia los anestésicos.